

Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género

Knowledge and challenges faced by Primary Health care professionals dealing with violence against women

Natalia Díaz Vigón, Lidia Fernández Gutiérrez, Rosa Isabel Fernández Raigada, Juan Rubio Domínguez, María Isabel Santos Granda

Atención Primaria del Área Sanitaria III del Principado de Asturias

*Manuscrito recibido: 25-11-2016
Manuscrito aceptado: 13-02-2017*

Cómo citar este documento

Díaz Vigón N, Fernández Gutiérrez L, Fernández Raigada RI, Rubio Domínguez J, Santos Granda MI. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de atención primaria en relación a la violencia de género. RqR Enfermería comunitaria (revista de SEAPA). 2017 Mayo; 5(2) 35-49.

Resumen

Objetivo

Evaluar la percepción de los profesionales de Atención Primaria del Área Sanitaria III del Principado de Asturias en relación a sus conocimientos y barreras en la actuación ante casos de violencia de género.

Método

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario PREMIS a los profesionales de enfermería, medicina y trabajadores sociales de atención primaria del área sanitaria III de Asturias. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística con estimación por intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados

Tasa de respuesta del 56,81%. El 78% de los participantes tiene alguna formación (media de 11 horas, mediana de 3), refiriendo sentirse mínimamente preparados en varias preguntas. El 28% identificó al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses, Odds ratio (OR): 12 (IC: 1,15-125). El 60% preguntó alguna vez por violencia de género (VG), preguntando el 76% sólo ante indicadores de abuso en la historia clínica o examen físico. El 65% conoce que existe un protocolo en su unidad considerando el 72% que no se utiliza lo suficiente. Ante un caso, el 86,8% no oferta la línea telefónica nacional, aunque el 71% deriva a trabajo social.

Conclusiones

Los profesionales están poco preparados, sintiéndose inseguros. La formación parece importante para identificar nuevos casos pero no para preguntar, influyendo los aspectos sociodemográficos del profesional. La mayoría no realiza screening rutinario, actuando en base a indicios y como recursos, el más ofertado es el de trabajo social.

Palabras clave

Violencia contra la mujer; Atención primaria de salud; Conocimientos, actitudes y práctica en salud.

Abstract

Aim

Evaluate the perception of the Primary Health care professionals working in the Sanitary Area III of the Principality of Asturias regarding their own knowledge and the challenges they face when dealing with cases of gender-based violence.

Method

Transversal descriptive study via a PREMIS questionnaire to Primary Health care nurses, doctors and social workers of the sanitary area III of Asturias. A descriptive analysis and logistic regression was made to estimate confidence intervals (CI) at 95%.

Results

Response rate of 56,81%. 78% of participant have any training (average of 11 hours, median of 3), referring feel minimally prepared in several questions. 28% identified at least one new case in the last 6 months OR: 12 (CI: 1,15-125). 60% once they asked by gender-based violence, asking only 76% to indicators of abuse in the medical history or physical examination. 65 % know that there is a protocol in their unit considering 72% used relatively. A case, 86.8 % do not offer the national telephone line, although 71% shunt social work.

Conclusions

Professionals are unprepared, feeling insecure. Training seems important to identify new cases but not to ask, influencing socio-demographic aspects of professional. Most do not perform routine screening, acting on the basis of evidence and as resources, the most offered is social work.

Keywords

Violence against women; primary health care; Health knowledge, attitudes, practice.

Introducción

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, define en 1993 la violencia de género (VG) como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada". Esta definición engloba todas las violencias ejercidas sobre la mujer ¹.

La cultura es un factor que influye notablemente en la violencia contra las mujeres ya que el género no es algo creado por la naturaleza, sino algo construido por la sociedad ².

Las desigualdades entre países son frecuentes pero en cuanto a los diferentes medios (rural, urbano y suburbano), la tasa de mujeres que sufren violencia de género son similares. En el caso de las mujeres separadas o divorciadas que viven en un medio rural, el riesgo de sufrir este tipo de violencia aumenta, al igual que la tasa de homicidios por este motivo^{3,4}.

Según estudios consultados⁵⁻⁷, entre un 30% - 60% de las mujeres que visitan el servicio de Atención Primaria (AP) sufrieron algún tipo de maltrato por parte de su pareja o expareja a lo largo de su vida, permaneciendo en esta relación violenta durante 5 años o más.

La AP es un servicio de fácil acceso en el que se genera un clima de confianza ideal para que sea más fácil la detección de casos de VG⁸. Sin embargo, la escasa detección es un hecho. Un estudio realizado con personal de enfermería⁹ demuestra que la tasa de declaración de casos aumenta notablemente ante profesionales formados y capacitados.

Entre los profesionales que detectan los casos, aparecen dudas sobre qué hacer a partir de ese momento, qué recursos ofrecer a la mujer o a quién derivarla¹⁰⁻¹².

En el ámbito hospitalario, así como en AP, los profesionales refieren sentirse poco formados^{13, 14} y con poca capacidad para detectar los casos y actuar ante ellos.

En la actualidad, existen una serie de recomendaciones, protocolos y guías que sirven de ayuda a los profesionales para la detección y actuación ante estos casos^{15,16}.

Objetivo

Principal:

- Evaluar los conocimientos y dificultades de los profesionales de Atención Primaria del Área Sanitaria III del Principado de Asturias, en la actuación ante casos de violencia de género.

Secundarios:

- Describir la formación y conocimientos en violencia de género de los profesionales de Atención Primaria.
- Identificar las opiniones y creencias de los profesionales en relación a la violencia de género.

Método

Estudio cuantitativo descriptivo-transversal a la población total de los profesionales de medicina, pediatría, enfermería, matronas y trabajadores sociales de AP del área sanitaria III (301 profesionales), junto con residentes de medicina y enfermería en activo y profesionales del servicio de atención continuada (SAC) y servicio de urgencias de atención primaria (SUAP), entre el 15 de julio y el 31 de diciembre de 2015.

Se utilizó el cuestionario autoadministrado anónimo validado para la población española PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*)¹⁷. El método de envío fue entrega en mano a los coordinadores de enfermería de cada centro, concertando con ellos el día más adecuado. La entrega al personal de SAC y SUAP fue individual. La recogida se realizó de igual manera a través de los coordinadores y de buzones creados para tal fin.

La información obtenida se mecaniza en formato Excel exportándose posteriormente al programa SPSS V.15 para su análisis estadístico. Se realiza análisis descriptivo uni y bivalente mediante medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión, con estimaciones por intervalos de confianza al 95% mediante el programa

EPI-6. El estudio de las variables asociadas para el hecho de identificar o no algún caso de VG así como para hacer screening se realizó mediante regresión logística binaria.

Para la realización del estudio se solicitó permiso a la gerencia del área sanitaria III y los cuestionarios obtenidos fueron cumplimentados de forma voluntaria por los profesionales que accedieron a participar.

Resultados

El cuestionario se distribuyó a la población total (301 profesionales), obteniendo la cumplimentación de 171 (56,81%). Del total que respondieron, 141(82,5%) fueron de centros de salud y consultorios periféricos, 23 (13,5%) del SAC y 7 (4,1%) del SUAP.

En la **Tabla 1** (página siguiente) se compara la participación (segmentada por sexos, centros y categoría profesional), con la población real.

La media de edad fue de 45,34 años con una desviación típica de 11,74 y un rango de 23 a 64 años. La moda fue de 55 y la mediana de 47 años.

El 78% de nuestros encuestados refiere haber recibido alguna formación. Analizando por estamentos, el 84,6% [IC: 5,84 - 24,93] de los profesionales de Medicina (médicos/as de familia, médicos/as internos/as residentes (MIR) y pediatras) ha recibido formación frente al 73,3% [IC: 17,60 - 35,86] de Enfermería (enfermeros/as, enfermeros/as internos/as residentes (EIR) y matronas). En cuanto al análisis por sexo, el 81,1% [IC: 4,95 - 32,90] de los hombres recibió formación frente al 77,1% [IC: 15,32 - 30,49] de las mujeres.

De los 122 individuos que respondieron al número de horas total de formación en VG que habían recibido, la media fue de 11 horas con una desviación típica de 19,20 y la mediana de 3 horas, con un rango de 0 a 100 horas. Al analizar la formación recibida en función del sexo, la media de horas en el caso de los hombres es de 3,73 con una desviación típica de 5,77 y una mediana de 2,00 horas de formación, mientras que la media en el caso de las mujeres es de 12,98 con una desviación típica de 21,03 y una mediana de 4 horas.

A las preguntas de cómo de preparado se siente en los diferentes estadios de atención a la VG, se obtuvo una mediana de 2 (mínimamente preparado) para algunas preguntas y una mediana de 3 para otras (algo preparado). Los datos más relevantes se recogen en los **Gráficos 1 y 2**.

Los resultados de opiniones y creencias se presentan en la **Tabla 2**.

El 27,8% [IC: 20,759 - 34,862] de los profesionales que han respondido al cuestionario ha identificado, al menos, un caso nuevo en los últimos 6 meses.

La proporción de profesionales que ha identificado al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses oscila entre el 8,33% [IC: 0,211 - 38,48] de la zona básica de Llano Ponte y el 42,85% [IC: 17,66 - 71,14] de la zona básica de Pravia.

El 27,1% [IC: 19,419 - 34,866] de los profesionales que trabajan en un Equipo de AP ha identificado al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses, en el SAC un 40,9% [IC: 18,091 - 63,727] y en el SUAP ninguno.

En relación al género, el 42,1% [IC: 25,1 - 59,2] de los hombres realizó, como mínimo, un diagnóstico de VG en los últimos 6 meses, mientras que en las mujeres este porcentaje es del 23,7% [IC: 16 - 31,32].

En cuanto a la categoría profesional, el 43,3% [IC: 30,67 - 55,90] de los profesionales de medicina diagnosticó, al menos, un caso nuevo en los últimos seis meses, siendo del 17% [IC: 9,14 - 24,86] en la categoría de enfermería.

Siguiendo con el análisis, comparamos si existía alguna relación entre los trabajadores que habían diagnosticado y los que no, al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses, con la media de edad de los profesionales [IC: 42,879 - 49,981 / 2,740 - 46,940], el tiempo trabajado en AP [IC: 155,739 - 228,441 / 143,280 - 192,360] y las horas de formación declaradas [IC: 5,586 - 20,054 / 6,254 - 14,346].

Tabla 1. Comparación entre la participación en el cuestionario y la población real.

	PARTICIPACIÓN (IC) ^a	PROPORCIÓN EN LA POBLACIÓN TOTAL	PROPORCIÓN POR CATEGORÍA PROFESIONAL	SIGNIFICACIÓN 95% ^b
Hombres	22,81% [16,23 - 29,39]	30.13%	-	S
Mujeres	77,19% [70,61 - 83,77]	69,87%	-	NS
Medicina de Familia	31,56% [24,32 - 38,84]	35,75%	47,78%	NS
MIR	4,09% [0,83 - 7,36]	5,06%	43,75%	NS
Pediatras	4,10% [0,83 - 7,36]	6,64%	33,33%	NS
Enfermería	51,46% [43,68 - 59,25]	46,83%	59,45%	NS
EIR	5,26% [1,62 - 8,90]	2,84%	100,00%	NS
Matronas	2,34% [0,64 - 5,88]	1,58%	80,00%	NS
Trabajadores/as sociales	1,17% [0,14 - 4,16]	1,26%	50,00%	NS
Sabugo	31,1% [22,93 - 39,29]	12%	-	S
Magdalena	2,96% [0,81 - 7,41]	14,34%	-	S
Quirinal-Carbayedo	5,93% [1,57 - 10,28]	7%	-	NS
Villalegre	5,93% [1,57 - 10,28]	10,35%	-	S
Corvera	18,52% [11,60 - 25,44]	14,74%	-	NS
Pravia	10,37% [4,86 - 15,89]	9,56%	-	NS
Castrillón	11,11% [5,44 - 16,78]	12,35%	-	NS
Luanco	5,19% [1,01 - 9,30]	5,57%	-	NS
Llano Ponte	8,89% [3,72 - 14,06]	8,36%	-	NS

(a) IC: intervalo de confianza, (b) S: diferencias significativas ($p < 0,05$), NS: diferencias no significativas.

Gráfico 1. Preparado/a para identificar indicadores de VG según la historia clínica y el examen físico

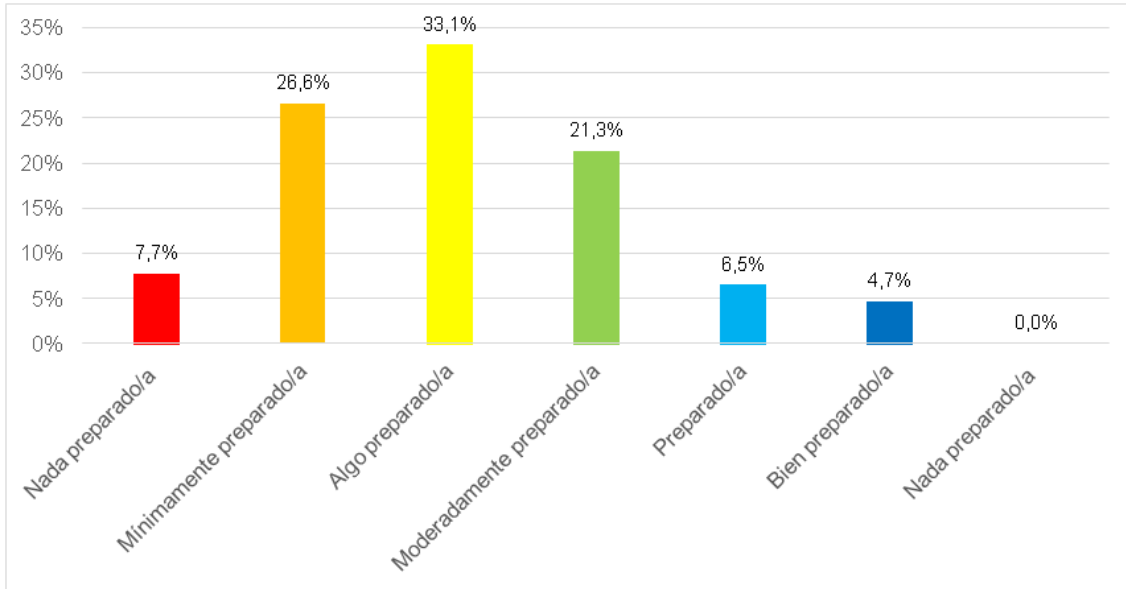


Gráfico 2. Preparado/a para documentar la historia de VG y el examen físico en la historia clínica

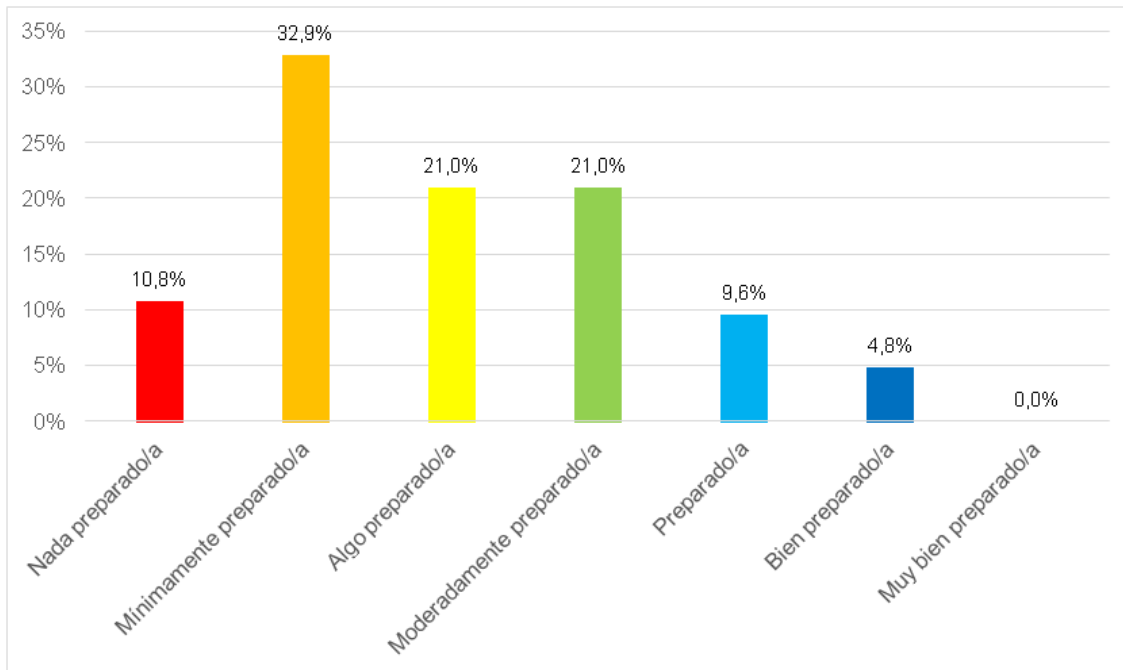


Tabla 2. Opiniones y creencias de los profesionales.

PREGUNTA	PORCENTAJE	INTERVALOS DE CONFIANZA(IC) ^a	SIGNIFICACIÓN 95% ^b
Si una víctima de VG no reconoce el abuso, es poco lo que puedo hacer para ayudar.	70% en desacuerdo 30% de acuerdo	[62,82 – 77,18] [22,82 – 37,18]	S
Soy capaz de identificar VG sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello.	72% en desacuerdo 28% de acuerdo	[64,94 – 79,11] [20,89 – 35,0]	S
Pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VG.	28% en desacuerdo 72% de acuerdo	[20,89 – 35,06] [64,94 – 79,11]	S
Me siento cómodo/a hablando de VG con mis pacientes.	64,9% en desacuerdo 35,1% de acuerdo	[57,37 – 72,39] [27,60 – 42,64]	S
Si una víctima de VG permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia.	88,8% en desacuerdo 11,2% de acuerdo	[83,69 – 93,82] [6,18 – 16,30]	S
El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VG.	67,5% en desacuerdo 32,5% de acuerdo	[60,096 – 74,815] [22,961 – 37,394]	S
Si la paciente se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas.	73,8% en desacuerdo 26,2% de acuerdo	[66,86– 80,76] [19,24 – 33,14]	S
Las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quisieran.	69,7% en desacuerdo 30,3% de acuerdo	[62,38 – 77,01] [22,99– 37,62]	S
El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todas las pacientes sobre VG.	64,8% en desacuerdo 35,2% de acuerdo	[57,26 – 72,44] [27,56 – 42,74]	S
El abuso de alcohol es una causa principal de VG.	33,7% en desacuerdo 66,3% de acuerdo	[26,18 – 41,30] [58,69 – 73.82]	S
Estoy demasiado ocupado/a para participar en un equipo multidisciplinario para manejar casos de VG.	68,9% en desacuerdo 31,1% de acuerdo	[61,54 – 76,19] [23,82 – 38,46]	S
Hacer screening/ tamizaje de VG probablemente ofenderá a las personas a quienes se les pregunta.	56,3% en desacuerdo 43,7% de acuerdo	[48,47 – 64,11] [35,89 – 51,54]	NS

Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a las víctimas de VG.	60,1% en desacuerdo 39,9% de acuerdo	[52,48 – 67,82] [32,18 – 47,58]	S
Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de VG.	78,2% en desacuerdo 21,8% de acuerdo	[71,58 – 84,79] [15,21 – 28,42]	S
El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VG.	42,3% en desacuerdo 57,7% de acuerdo	[34,49 – 50,03] [49,97 – 65,51]	NS
Puede adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentre la persona con VG.	44,1% en desacuerdo 55,9% de acuerdo	[36,24 – 51,85] [48,15 – 63,76]	NS
Puedo reconocer a una víctima de VG por la manera de comportarse.	62,3% en desacuerdo 37,7% de acuerdo	[54,63 – 69,93] [30,07 – 45,37]	S

(a) IC: intervalo de confianza, (b) S: diferencias significativas ($p < 0,05$), NS: diferencias no significativas.

Tras realizar análisis de regresión logística utilizando como variable dependiente el diagnosticar al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses y como variables independientes la ZBS, edad, sexo, tiempo trabajado en AP, categoría profesional y formación en VG, encontramos una OR de 12,05 [IC: 1,16 - 125.3] para el hecho de tener alguna formación.

En relación a si el profesional indaga sobre VG obtenemos que el 40,1% [IC: 31,72 - 48,55] dice que no pregunta.

Tras el análisis bivalente, el 29% [IC: 11,44 - 46,62] de los hombres no pregunta, frente al 43,24% [IC: 33,57 - 52,91] de las mujeres y en relación al estamento, el 29% [IC: 16,92 - 41,13] de los profesionales de Medicina no indaga frente al 49,36% [IC: 37,7 - 61,02] de Enfermería. En relación a las ZBS, encontramos que el 20% [IC: 2,52 - 55,6] de los profesionales de una ZBS y sus periféricos no indaga frente al 85,71% [IC: 42,13 - 99,63] de los profesionales de otra.

Mediante análisis de regresión logística usando como variable dependiente indagar sobre VG y como variables independientes edad, sexo, tiempo trabajado en AP, ZBS, formación en VG y categoría profesional, encontramos una OR de 16,44 [IC: 1,29 - 208], 16,96 [IC: 1,26 - 227,17], 21,54 [IC: 1,24 - 372,1] y 30,23 [IC: 1,59 - 572,08] para las ZBS de Sabugo, Corvera, Gozón y Castrillón respectivamente, tomando como categoría de referencia la ZBS de Villalegre.

De lo anterior se extrae que en las ZBS de Sabugo, Corvera, Gozón y Castrillón hay más posibilidades de que a una mujer que acuda a esos centros se le realice screening sobre VG respecto a la ZBS de Villalegre.

Al analizar las diferentes situaciones ante las que los profesionales indagan sobre VG, se obtiene que lo hacen cuando hay registrados indicadores de abuso en la historia clínica (HC) o presentan indicadores de sospecha en el examen físico (76,5% [IC: 66,86 - 86,07]).

Del total de profesionales que pregunta sobre VG, el 23,9% [IC: 17,07 - 30,78] ha identificado algún caso de VG en los últimos 6 meses. En la **Tabla 3** se recogen los resultados respecto a las actuaciones que se llevaron a cabo.

Tabla 3. Actuaciones ante casos nuevos de VG

ACTUACIÓN	SI
He entregado información (teléfonos, folletos...) cuando he identificado un caso.	47,40%(18)
Aconsejé a la paciente sobre sus opciones cuando he identificado un caso.	57,90%(22)
Hice una valoración del riesgo de la víctima cuando he identificado un caso.	28,90% (11)
Hice una valoración del riesgo de los hijos de la víctima cuando he identificado un caso.	18,40% (7)
Ayude a la paciente a hacer un plan de seguridad cuando he identificado un caso de VG.	18,4%(7)
Referí a terapia individual cuando identifiqué un caso de VG.	18,40% (7)
Referí a terapia de pareja cuando he identificado un caso.	7,9%(3)
Referí a terapia para los niños y grupos de apoyo.	5,30% (2)
Referí al trabajador social del centro de AP.	71,10% (27)
Referí al programa para mujeres víctimas de VG - casas de acogida.	28,90% (11)
Di consejo sobre abuso de OH y otras drogas.	2,60% (1)
Informé sobre línea telefónica local de ayuda contra VG.	21,10% (8)
Referí a la línea telefónica nacional de VG.	13,20% (5)
Referí a servicios de protección infantil.	2,60% (1)
Referí a apoyo legal, abogados.	28,90% (11)
Referí a un programa para maltratadores.	0,00% (0)
Referí a una organización religiosa, iglesia.	2,60% (1)
Referí a un grupo de apoyo para mujeres víctimas de VG.	13,20% (5)
Referí a un grupo de apoyo de lesbianas/gays/bisexuales/transexuales.	0,00% (0)
Referí a la policía nacional, regional o local, guardia civil.	42,10% (16)
Di recursos de apoyo para la vivienda, educación, trabajo o apoyo económico.	7,90% (3)

El 63% [IC: 57,3 - 72,7] de los profesionales que respondieron afirma que hay un protocolo de actuación ante casos de VG en su servicio frente al 37% [IC: 27,30 - 42,70] que refiere no conocer su existencia. De los que afirman conocerlo, el 72,1% [IC: 63,016 - 81,215] refiere que se utiliza hasta cierto punto y el 16,3% [IC: 8,758 - 23,934] que es ampliamente usado. El 11,5% [IC: 4,91 - 18,16] afirma que no se usa.

Finalmente, en relación a incluir o no en la HC las razones de preocupación sobre VG aunque la paciente no revele la situación, un 78,7% [IC: 72,08 - 85,23] de los encuestados considera que deben incluirse, el 9,1% [IC: 4,43 - 13,86] dudan o lo desconocen y el 12,2% [IC: 6,88 - 17,50] considera que no debe incluirse la sospecha.

Discusión

La bibliografía consultada muestra diversos estudios sobre VG en el ámbito sanitario con diferente metodología, lo que hace que las comparaciones sean difíciles y a veces escasas.

Obtuvimos una tasa de respuesta del 56,81%, en general inferior a las obtenidas en estudios^{8,10,11,14} de VG en profesionales de diferentes servicios (Urgencias, Atención Primaria y Hospitalización).

Nuestra muestra no refleja fielmente la situación del área sanitaria en relación a la ZBS, puesto que uno de los centros está sobrerrepresentado probablemente porque las investigadoras trabajan en él, y además otros centros están infrarrepresentados, en algunos casos por manifestar falta de tiempo y en otros porque por motivos de coordinación nunca se recibieron los cuestionarios. Además, nuestra muestra presenta un sesgo de participación en relación al género, lo que coincide con la literatura revisada^{8,13} puesto que hay menos participación de hombres de la que cabría esperar.

En cuanto a la identificación de al menos un caso nuevo de VG en los últimos 6 meses encontramos una diferencia llamativa entre los equipos de AP, SAC y SUAP. Ninguno de los profesionales del SUAP que respondieron había identificado un caso nuevo en los últimos 6 meses, esto podría deberse a que prestan atención a menos ZBS que el SAC y sólo en horario nocturno. En cambio, el SAC lo forman mayor cantidad de profesionales, trabajan en más centros y en ocasiones con jornadas más largas.

Dos terceras partes de los profesionales refiere haber recibido alguna formación específica en VG, lo cual es claramente superior al porcentaje de profesionales formados que se recoge en el estudio de Lozano Alcaraz et al.¹² y al de Arredondo Provecho et al.⁸. A pesar de esto, el tiempo de formación referido por los encuestados nos sigue pareciendo escaso, pues hemos obtenido una mediana de tres horas.

En concordancia con la formación declarada por los profesionales, éstos refieren sentirse en general mínimamente preparados para abordar las diferentes etapas de atención, lo que es comparable al estudio de Rojas Loria et al.¹³ en el cual los profesionales manifiestan una percepción desfavorable respecto a su formación en VG y el estudio de Coll-Vinent et al.¹⁴ en el que los profesionales consideran que su grado de preparación es globalmente muy bajo.

A pesar de que la mayoría de los profesionales encuestados tiene unas creencias y opiniones acordes a lo revisado en la bibliografía, llama la atención que un 30% no esté de acuerdo ante la afirmación de que las víctimas de abuso pueden encontrar dificultades para abandonar la relación. Esto refleja que todavía existe un número considerable de profesionales que no empatiza con la situación que vive la mujer maltratada.

El 64,8% de nuestros participantes considera que no tiene la responsabilidad de preguntar a todas las mujeres por VG, lo cual va en contraposición a la recomendación que hace la OMS¹⁶ de hacer a la mujer preguntas exploratorias en la primera visita y durante la realización de actividades preventivas, teniendo claro qué recursos activar y qué actuaciones se van a poder llevar a cabo con la mujer, para no generar más daño que beneficio.

Además, la mayoría de los encuestados se sienten incómodos hablando de VG con las mujeres, dudando sobre si ellas podrían sentirse incómodas ante las preguntas relacionadas con el tema. En esto también podría influir que el grueso de nuestros profesionales no considera la consulta un espacio privado y adecuado para tratar la VG, lo que puede acrecentar ese sentimiento de incomodidad, lo que coincide con otros estudios¹⁰ en los que la mitad de los profesionales consideran que no existe un espacio apropiado que de la seguridad y confianza necesarias para abordar el problema.

Sin embargo, a pesar de todas estas limitaciones que refieren nuestros profesionales, casi un 60% afirma haber preguntado en alguna ocasión por VG, haciéndolo en la mayoría de casos cuando ven indicadores de abuso en la historia o el examen físico, lo que hace ver que los profesionales tienen presente la problemática de la VG, aunque no consideren necesario hacer un screening rutinario, lo cual, a pesar de que como ya hemos dicho, no concuerda completamente con las recomendaciones de la OMS¹⁶, no es del todo erróneo, pues esta organización recalca la importancia de preguntar cuando se ven signos de sospecha.

El 67,5% opina que tiene tiempo para atender a las víctimas de VG, frente a otras investigaciones en las que los profesionales opinan que la falta de tiempo actúa como barrera^{8,10,11}. Además un alto porcentaje considera que podría participar en un equipo multidisciplinar para abordar los casos que se produzcan, datos de los cuales podemos inferir que hay disposición por parte de nuestros profesionales para atender a las mujeres y para abordar el tema adecuadamente, incluyendo el enfoque multidisciplinar que recomienda el Ministerio de Sanidad¹⁵.

Reconocen que no son capaces de distinguir a una víctima por la manera de comportarse lo cual nos hace pensar que no tienen prejuicios con respecto al prototipo de víctima coincidiendo con el informe de la OMS¹⁶ que refiere que a pesar de que hay factores de riesgo para sufrir VG no hay perfiles o comportamientos específicos.

En cuanto a las falsas creencias, a pesar de que la gran mayoría de nuestros profesionales tienen conceptos y creencias adecuadas, dos tercios opinan que el abuso de alcohol es una causa principal de VG y aún hay un 21,6% que cree que la mujer que se aleja de los roles tradicionales es una causa principal de VG, porcentaje relevante puesto que esta creencia puede actuar como barrera entre el profesional y la mujer a la hora de poner solución a la situación.

A pesar del escaso número de horas de formación recibido y percibido, un 28% de los participantes ha sido capaz de identificar, al menos, un caso nuevo en los últimos seis meses, resultado que aunque puede parecer escaso, concuerda con el estudio de Lozano Alcaraz et al.¹² en el que más de un 25% de los profesionales detectó en el desarrollo de su jornada laboral al menos un caso de VG. Aunque, comparando con la investigación de Coll-Vinent et al.¹⁴ nuestro resultado difiere, puesto que en su estudio, un 41,2% de los profesionales detectaron algún caso.

Analizando las variables que podrían influir en el hecho de detectar casos nuevos, se obtuvo que era mayor el porcentaje de profesionales de Medicina que diagnosticaba casos nuevos, que el de otras categorías profesionales. Tras la realización del análisis de regresión logística, se demostró que no es la categoría profesional lo que influye en la detección o no de casos, sino que la única variable influyente es la formación, entendida como haber tenido algún tipo de contacto formativo al respecto (sin contar las horas, el tipo de formación, etc.). Esto resulta muy relevante, puesto que a pesar de que nuestros profesionales refieren tener poca formación hemos visto que los que han recibido algo, son capaces de detectar más casos que los que no, por tanto, se pone de manifiesto nuevamente la necesidad de poner en contacto a los profesionales con la formación en VG, lo que se ha demostrado también en la investigación de Lozano C et al.¹² en la que encuentran diferencias significativas a la hora de detectar VG entre los que han recibido formación específica y los que no.

Aunque no encontramos diferencias significativas, uno de los centros rurales participantes destacó en cuanto al porcentaje de profesionales que había detectado un caso en los últimos seis meses, siendo de casi un 43%. Esto podría ser debido a las características especiales que se dan en el medio rural, recogidas en estudios^{4,5} que exponen que aunque las tasas de VG son similares en el medio rural, urbano y suburbano, las mujeres separadas o divorciadas del primero tienen un mayor riesgo de sufrir VG que las de los otros, siendo además superiores las tasas de homicidio por VG en zonas rurales.

La probabilidad de que a una mujer le pregunten por VG varía en función de que sea atendida en una zona básica de salud u otra, encontrando una variabilidad importante, tanto que una mujer tendrá una probabilidad entre 16 y 30 veces mayor de ser preguntada por VG en función de que acuda a una u otra. Esta información es relevante porque pone de manifiesto las diferencias que se generan entre las mujeres maltratadas en función de que sean atendidas en un centro de salud u otro, con lo que esto puede implicar para una mujer que se encuentra en una situación de VG. La edad y el tiempo trabajado en Atención Primaria podrían tener algún tipo de influencia en el hecho de que el profesional pregunte sobre VG, aumentando la probabilidad de preguntar cuanto mayor es la edad y tiempo trabajado, aunque no hemos podido demostrarlo, probablemente por lo ajustado de la muestra. Consideramos que sería interesante investigar cuáles son las razones que provocan estas diferencias a la hora de preguntar, si son relacionadas directamente con los profesionales, con el ambiente laboral o con la prevalencia de casos de VG de la zona.

"La mayor parte de los profesionales que actuaron ante los casos detectados, refirieron haber derivado a la mujer al trabajador social o a servicios de policía o guardia civil, siendo estas sus actuaciones principales"

La mayor parte de los profesionales que actuaron ante los casos detectados, refirieron haber derivado a la mujer al trabajador social o a servicios de policía o guardia civil, siendo estas sus actuaciones principales, lo que coincide con otras investigaciones¹². Además, destaca el hecho de que ante los casos nuevos detectados, en torno a las tres cuartas partes de los profesionales no realizaron una valoración del riesgo de la víctima ni de los hijos de la misma. Llama la atención también la falta de recomendación de la línea telefónica 016 para la atención a la VG, tan sólo uno de cada diez de nuestros profesionales facilitaron dicho teléfono a la mujer, siendo un número conocido, de fácil uso, imposible de rastrear y que podría ser de gran ayuda a la víctima.

Con respecto al protocolo de actuación ante casos de VG, es conocido por la mayoría de profesionales, pero asumen que su uso es relativo. A pesar de que el dato es positivo, es reseñable que todavía el 30% de nuestros profesionales ni siquiera saben que el protocolo existe, lo cual actuará como impedimento ante los casos de VG puesto que el profesional al desconocer su existencia, probablemente no accederá a este recurso con las consecuencias que esto podría conllevar. Comparando con otros estudio^{8,10-12} encontramos que o bien no existe un protocolo de actuación, o bien en aquellos casos en los que existe, los profesionales lo desconocen, más o menos en la misma medida que en nuestro estudio. Cuando conocen dicho protocolo no lo activan ante la aparición de casos, lo que coincide con el uso relativo del mismo que declaran nuestros profesionales.

Un 78,7% de los profesionales participantes afirma que deben registrar en la historia clínica de la paciente las sospechas sobre VG lo cual va en la línea de las recomendaciones de la OMS¹⁶ y del Ministerio de Sanidad¹⁵. Esto coincide con la opinión de los profesionales de otra investigación consultada¹⁴ en la que un 92,1% de los profesionales considera adecuado o muy adecuado hacer el registro en la historia. Sin embargo, en otro estudio⁸, los profesionales sienten como barrera el miedo a represalias al registrarlo y la falta de apoyo de otros profesionales cuando se encuentran ante el caso.

En relación a las limitaciones del estudio, debemos tener en cuenta el posible sesgo de respuesta de los profesionales, que ante el miedo de sentirse juzgados respondan aquello que consideren que es lo correcto aunque no sea exactamente lo que piensen o bien hayan considerado que su actuación en casos de VG se podía poner en entredicho y por ello se negaran a contestar. Además, nuestra muestra está sesgada en cuanto a sexo y zona básica, lo que no sabemos cómo podría influir en los resultados.

Nuestra área de estudio tiene muchos profesionales que están en periodo de residencia y/o formación por lo que es habitual que se realicen diversos trabajos de investigación, lo que podría haber inducido cansancio en los profesionales a la hora de participar. Ello unido al hecho de que el cuestionario resultó ser denso y complicado, teniendo algunas preguntas con doble negación que hacían fácil los errores en la interpretación y la respuesta, por lo que hemos tenido que excluir algunas variables del análisis por este motivo, con la pérdida de información que esto ha podido suponer.

Conclusiones

- 1) La mayoría de profesionales ha recibido alguna formación, aunque esta es escasa, sintiéndose poco formados y poco preparados. Aún así, parece que los conocimientos y creencias son adecuados y que están dispuestos a abordar el tema.
- 2) Una parte importante de los profesionales ha diagnosticado un caso nuevo en los últimos seis meses y la mayoría pregunta por violencia de género en determinadas ocasiones.
- 3) Es importante mantener el contacto formativo con los profesionales, por mínimo que sea este, puesto que parece influir en la detección de casos.
- 4) Parece necesario continuar con la difusión del protocolo de actuación porque más de un tercio de nuestros profesionales desconoce su existencia y de entre los que lo conocen la mayoría no llevan a cabo las acciones descritas en él.

Bibliografía

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas. New York: ONU; 1993. Resolución 48/104. [Consultado el 6 de mayo de 2015]. Disponible en:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
2. Instituto Asturiano de la Mujer y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en atención primaria. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2011. [Consultado el 6 de mayo de 2015]. Disponible:
http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20a%20Salud/Salud%20de%20las%20mujeres%20asturianas/Violencia%20de%20g%C3%A9nero/Guia%20Didactica%20en%20Violencia%20Genero%20en%20Atencion%20Primaria.pdf
3. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Blanco Prieto P, González Barranco J, Ayuso Martín P, Montero Piñar M. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20(3):202-8.[revista en Internet]. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-violencia-contra-mujer-pareja-/articulo/S0213911106714881/>
4. Edwards KM. Intimate partner violence and the rural-urban-suburban divide: myth or reality? A critical review of the literature. *Trauma, violence & abuse.* 2015; 16(3): 359-73.
5. Rennison CM, Dekeseredy WS, Dragiewicz M. Intimate relationship status variations in violence against women: urban, suburban and rural differences. *Violence against women.* 2013;19(11):1312-30.
6. Petersen R, Gazmararian J, Andersen Clark K. Partner violence: implications for health and community settings. *Women's Health Issues.* 2001;11 (2):116-25. [Consultado el 28 de Agosto de 2015]. Disponible en: [http://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(00\)00093-1/fulltext](http://www.whijournal.com/article/S1049-3867(00)00093-1/fulltext)
7. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *Med J Aust.* 2001;175(4):199-201. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <https://www.mja.com.au/journal/2001/175/4/physical-sexual-and-emotional-violence-history-middle-aged-women-community-based>
8. Arredondo Provecho A, Broco Barrero M, Alcalá Ponce de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2012; 86(1): 85-99. [Consultado el 23 de marzo de 2016]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/tip_ostabajo01/O.htm
9. Koss M. Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine.* 1992; 1 (1):53-9. [Consultado el 20 de Septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1341588>
10. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias.* 2002; 14:224-32. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/siendones.pdf>

11. Arredondo Provecho A, del Pliego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*. 2008;18(4):175-82. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-conocimientos-opiniones-los-profesionales-salud-S1130862108721922>

12. Lozano C, Pina F, Torrecilla M. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Revista de enfermería de la universidad federal de Santa María*. 2014;4(1):217-26. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11010/pdf>

13. Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R, Fernández A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Atención Primaria*. 2015; 47(8): 490-7. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

[http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-actitud-hacia-violencia-genero-los-S0212-6567\(14\)00395-3](http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-actitud-hacia-violencia-genero-los-S0212-6567(14)00395-3)

14. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008;22(1):7-10. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en:

<http://gacetasanitaria.org/es/vol-22-num-1/sumario/S0213911108X70876/>

15. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. Informes, estudios e investigación 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. [Consultado el 14 de febrero de 2016]. Disponible en:

<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitari oVG2012.pdf>

16. Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario*. OMS/OPS, 1998.

17. Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, Espinar-Ruiz E, Gil-González D y Goicolea I. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Rev Esp Salud Pública*. 2015: 173-190. [Consultado el 3 de octubre de 2015]. Disponible:

http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/cabeceras/salud_mujer.htm